

## FORMULARIOS DE SOLICITUD E INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS

Como parte de la Ley de Modernización y Mejoras de Medicare del 2003 (MMA por sus siglas en inglés), usted podría ser elegible para participar en un programa por un tiempo limitado durante el cual Medicare pagará ciertos medicamentos antes de que comience el beneficio de recetas médicas de Medicare en el 2006. Para solicitarlo, debe ser elegible actualmente para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B y vivir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia. Además, Medicare debe ser el asegurador primario y un médico debe haberle diagnosticado una condición que se trata con uno de los medicamentos recetados que cubre el Programa Piloto. Si usted no reúne estos requisitos, no envíe la solicitud.

En virtud del Programa Piloto de Medicare para Reemplazo de Medicamentos, los beneficiarios diagnosticados con artritis reumatoide, esclerosis múltiple, osteoporosis, hipertensión pulmonar, hiperparatiroidismo secundario, enfermedad de Paget, Hepatitis C, Retinitis por Citomegalovirus y ciertos tipos de cáncer podrían ser elegibles para que Medicare pague ciertos medicamentos de auto-administración y productos biológicos que reemplazarían los medicamentos que actualmente están cubiertos por la Parte B de Medicare pero que sólo se suelen obtener en el consultorio médico.

Si usted cree que podría ser elegible para participar en este Programa Piloto, debe completar la solicitud y pedirle a su médico que llene el formulario de certificación del médico y lo envíe por correo o por fax a la dirección que aparece abajo. Someter una solicitud es la única forma que puede ser considerado para participar.

En virtud de la ley, este Programa Piloto se limitará a un máximo de 50,000 participantes y \$500 millones en desembolsos.

Hay tres porciones a este formulario de inscripción:

1. *Solicitud de la Inscripción de la Demostración de la Droga del Reemplazo de Seguro de enfermedad.*  
Éste es el formulario de inscripción básico que se debe terminar y firmar por todos los aspirantes.
2. *La certificación médica de la elegibilidad del beneficiario para la demostración de la droga del reemplazo de Seguro de enfermedad.* Ese solicitud debe ser completado firmado por el Medico correspondente (la enfermera o persona medico para proporcivonar servicios medicos quien tiene o va a prescribe los medicamentos cubiertus bajo es e demonstracion)
3. *El Uso De Finacial Assístance de la Demostración de la Droga del Reemplazo de Seguro de enfermedad.*  
Si usted recibe Medicare y sus ingresos y recursos económicos son limitados – por lo que no puede comprar los medicamentos que necesita por cualquiera de las enfermedades que figuran anteriormente – puede que sea apto para recibir cobertura adicional. En ese caso, también debe llenar la Solicitud de Asistencia Económica y enviarla por correo a la dirección que aparece abajo junto con su solicitud. **Si usted no cree que cualifica para recibir asistencia económica, no es necesario que remita la Solicitud de Asistencia Económica.** No obstante, su solicitud se tomará en consideración sin importar si solicita asistencia económica.

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa Piloto de Medicare para Reemplazo de Medicamentos o si necesita asistencia para completar la solicitud, le rogamos comunicarse con:

Medicare Replacement Drug Demonstration  
c/o TrailBlazer Health Enterprises, L.L.C.  
P.O. Box 5136  
Timonium, MD 21094  
1-866-563-5386  
TTY (para sordos) 1-866-563-5387  
FAX 410-683-2933  
[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PILOTO PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS

### SECCIÓN I

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo	
Dirección residencial			Ciudad	Estado	Código postal
No. de identificación de Medicare			Teléfono (con código de área)		

### SECCIÓN II: Información sobre cobertura de Medicare

1. ¿Tiene en la actualidad la Parte A de Medicare?  Sí  No
2. ¿Tiene en la actualidad la Parte B de Medicare?  Sí  No
3. ¿Recibe ayuda del Programa Medicaid de su estado para pagar la prima de la Parte B de Medicare o los gastos directos de su bolsillo?  Sí  No
4. ¿Tiene otro seguro médico aparte de Medicare que le proporciona cobertura por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios?  Sí  No

**Si respondió “Sí” a la pregunta 4, sírvase complete la Sección III denominada “Información sobre otro seguro médico.”**

### SECCIÓN III: Información sobre otro seguro médico

1. ¿Qué otro seguro médico tiene que cubre las recetas médicas para pacientes ambulatorios (marcar todos los que correspondan)?  
 Medicaid  TriCare  Beneficios de veterano  
 Jubilado/plan médico del cónyuge  Póliza privada adquirida (Medigap)  
 Programa del Estado o Condado aparte de Medicaid  Programa de una empresa farmacéutica  
 Otros: (describirlo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Tiene este plan una cantidad límite de pago por lo que cubre?  
 Sí  No  
De ser así, indique el límite monetario: \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Hay un límite mensual sobre el número de recetas que se le pueden suministrar con este plan?  
 Sí  No  
De ser así, indique el número de recetas que se permite por mes: \_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN IV: Información sobre medicamentos

(Nota: En esta página, debe indicar CADA medicamento que solicita. Si solicita más de 1 medicamento, haga una fotocopia a esta página antes de llenarla.)

1. ¿Cuál es el medicamento que desea obtener por este Programa Piloto? \_\_\_\_\_

2. ¿Toma este medicamento en la actualidad?  Sí  No

3. ¿Cuál es la enfermedad o afección por la que toma/tomará este medicamento? \_\_\_\_\_

**SU MÉDICO DEBE PRESENTAR UNA CONFIRMACIÓN FIRMADA DE ESTE DIAGNÓSTICO ANTES DE QUE SE PUEDA INSCRIBIR EN ESTE PROGRAMA PILOTO. USE EL FORMULARIO QUE SE PROVEE PARA ESTE PROPÓSITO.**

4. Si en la actualidad toma este medicamento, ¿cómo lo ha estado pagando?

- Lo pago por mi cuenta.
- Pago la mayoría por mi cuenta, pero algunos de los costos los ha pagado el seguro o un plan de asistencia para adquirir medicamentos..
- La mayoría del costo lo paga el seguro o un plan de asistencia para adquirir medicamentos. Sólo pago un poco o nada en lo absoluto.

5. Si en la actualidad NO toma este medicamento y tiene otra cobertura de seguro médico (Consultar la Sección III en la página anterior), ¿pagará esta cobertura el medicamento por el cual procura cobertura en virtud de este Programa Piloto?

- No, porque ya utilicé el límite monetario anual: \$ \_\_\_\_\_
- No, porque ya me proporcionaron el número de recetas permitido cada mes.
- No, porque este medicamento no está cubierto por mi plan actual de medicamentos.
- Sí, pagaría algunos de los costos pero menos que esta cobertura.
- No tengo ningún otro seguro.

6. Si en la actualidad NO toma el medicamento que figura en la pregunta 1, ¿toma usted otro medicamento para tratar esta condición que suspendería si se inscribe en este Programa Piloto?

- Sí  No

De ser así, ¿cómo se llama este medicamento? \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo ha pagado este medicamento?

- Lo pago por mi cuenta.
- Medicare paga una parte y yo pago otra.
- Medicare paga una parte y mi plan suplementario paga el resto.
- Tengo un plan suplementario que paga una parte de los medicamentos, pero yo pago la mayoría.
- Tengo un plan suplementario que lo paga todo o casi todo.

---

## SECCIÓN V: INFORMACIÓN SOBRE EL APODERADO

Si este formulario se llena a nombre de un beneficiario de Medicare, proporcione la siguiente información:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

### **LEER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE Y FIRMAR AL PIE. SU SOLICITUD NO ESTARÁ COMPLETA SI NO SE FIRMA ESTE FORMULARIO.**

**Divulgación de información:** Al solicitar inscripción en este Programa Piloto, permito a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) a dar información a toda organización que administre este beneficio en mi nombre. Asimismo, entiendo que, independientemente de que se me seleccione o no para participar en este Programa Piloto, organizaciones que obran en nombre de los CMS se podrán comunicar conmigo para evaluar este Programa Piloto.

**Análisis de elegibilidad:** Entiendo que mi solicitud no garantiza cobertura del Programa Piloto y que, si se me selecciona para participar en este Programa Piloto, la cobertura podría limitarse a las cláusulas y condiciones del mismo.

Entiendo que mi solicitud se tomará en consideración independientemente de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o convicción política. Accedo a proporcionar todo documento necesario para confirmar la exactitud e integridad de la información que aparece en esta solicitud. Si hay documentos que no están a mi disposición, accedo a dar el nombre de la persona u organización que podrá proporcionar y revelar esta información necesaria.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y que entiendo la información que aparece en este formulario de inscripción. (Si usted no puede firmar, un representante podrá firmar por usted.) La ley Federal dispone multas o encarcelamiento, o ambos, para la persona que retenga o dé información falsa para obtener asistencia a la cual no es acreedora.

Entiendo las preguntas en esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en este formulario es correcta y completa conforme a mi más certero conocimiento.

Firma del/de la beneficiario/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

O

Firma de la persona que completa este formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Devolver el formulario completado a: Medicare Replacement Drug Demonstration, c/o TrailBlazer Health Enterprises, L.L.C., P.O. Box 5136, Timonium, MD 21094 o por fax al: 410-683-2933.**

---

Conforme a la Ley pro Reducción del Papeleo [Paperwork Reduction Act] de 1995, no se exige que nadie responda a un conjunto de información a menos que éste exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido correspondiente a este conjunto es el 0938-0924 (fecha de vencimiento: 31 dic. 2004). El tiempo que requiere completar este conjunto de información se calcula en un promedio de 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar datos que se necesitan y completar y revisar el conjunto de información. Si tiene observaciones referentes a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

---

## CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO SOBRE ELEGIBILIDAD DEL BENEFICIARIO PARA EL PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS

Estimado médico:

Su paciente ha solicitado participar en un Programa Piloto de Medicare que proporcionará cobertura para ciertos medicamentos y productos biológicos que reemplazarían a medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. La elegibilidad para este Programa Piloto no está supeditada a que el beneficiario tome determinado medicamento en la actualidad, sino sólo a que el beneficiario padezca de una condición por la cual usted le ha recetado – o piensa recetarle a su paciente si se le selecciona para participar en este Programa Piloto – un medicamento para esta condición cubierto por este Programa Piloto. El propósito de algunas de las preguntas siguientes consiste en recopilar información descriptiva únicamente sobre beneficiarios que solicitan inscribirse en este Programa Piloto a fin de respaldar un Informe al Congreso que es obligatorio en virtud de la ley. Toda información específica sobre el beneficiario permanecerá estrictamente confidencial.

Se adjunta la lista de medicamentos y afecciones cubiertas por este Programa Piloto. Si se acepta al beneficiario para participar en este Programa Piloto, recibirá asistencia de Medicare que contribuirá a pagar estos medicamentos. Puede que se exija al beneficiario pagar ciertas sumas deducibles o compartir el costo del seguro (coseguro), aunque sí hay asistencia para beneficiarios con bajos ingresos. Para pedir más información sobre este Programa Piloto, llame al 1-866-563-5386 (TTY: 1-866-563-5387) o visitar nuestro sitio en Internet: <http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/drugcoveredemo.asp>.

Al firmar a continuación, usted certifica que este paciente padece de la condición indicada y que le ha recetado o piensa recetarle este medicamento por esta condición de acuerdo con los requisitos de este Programa Piloto. Su certificación firmada es necesaria a fin de que la solicitud del beneficiario para participar esté completa, puesto que las solicitudes incompletas no se tomarán en consideración. Debido a que los fondos y capacidad de inscripción son limitados, sólo completar la solicitud no garantiza cobertura de este Programa Piloto.

**Las solicitudes completadas se deben devolver a más tardar el 30 de septiembre del 2004 a: Medicare Replacement Drug Demonstration, c/o TrailBlazer Health Enterprises, L.L.C., P.O. Box 5136, Timonium, MD 21094 o por fax al: 410-683-2933.**

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido	Nombre	Inicial	Nº de identificación de Medicare
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Medicamento recetado / que se recetará		Código NDC (si lo hay)
condición tratada (Código ICD9 – si lo hay)	Etapa de la enfermedad (si corresponde)	¿Está el paciente confinado en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Reemplazará este medicamento a un medicamento pagado por la Parte B que el paciente toma o ha tomado?

- Sí. Medicamento reemplazado: \_\_\_\_\_
- No. Esta receta no reemplazará a un medicamento cubierto por la Parte B de Medicare que el paciente toma o ha tomado.

¿Es ésta una receta nueva o lo sería?

- Sí, es una receta nueva.
- No, el paciente ya toma este medicamento en la actualidad.

### INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO *(en letra de molde)*

Apellido del médico	Nombre	Inicial	Nº DEA	Teléfono
Firma				Fecha (mes/día/año)

**MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN EL  
PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS**

<b>Demonstration Covered Indication</b>	<b>Drug/Biological—Compound Name (Brand Name)</b>
Acromegalia	Pegvisomant (Somavert)
Espondilitis anquilosa/anquilosante	Etanercept (Enbrel)
Retinitis por Citomegalovirus	Valcyte (Valganciclovir)
Hepatitis C	Pegylated interferon alfa-2a (Pegasys)
	Pegylated interferon alfa-2b (PEG-Intron)
Esclerosis múltiple	Glatiramer acetate (Copaxone)
	Interferon beta –1a (Rebif, Avonex)
	Interferon beta –1b (Betaseron)
	H.P. Acthar Gel <i>(for patients with recurring or remitting acute exacerbations or painful flare-ups associated with multiple sclerosis)</i>
Enfermedad de Paget	Alendronate (Fosamax)
	Risedronate (Actonel)
Osteoporosis Posmenopausica <i>(el paciente debe estar confinado en su hogar)</i>	Calcitonin – nasal (Miacalcin – nasal)
	Risedronate (Actonel)
	Alendronate (Fosamax)
	Raloxifene hydrochlorid (Evista)
Soriasis	Efalizumab (Raptiva)
	Etanercept (Enbrel)
artritis soriática	Etanercept (Enbrel)
Hipertensión pulmonar	Bosentan (Tracleer)
Artritis reumatoide	Adalimumab (Humira)
	Anakinra (Kineret)
	Etanercept (Enbrel)
Hiperparatiroidismo secundario	Doxercalciferol (Hectoral)
<b>Medicamentos para el cáncer</b>	
Etapas 2 – 4 solamente	Anastrozole (Arimidex)
	Exemestane (Aromasin)
	Letrozole (Femara)
	Tamoxifen (Nolvadex)
	Toremifene (Fareston)
Leucemia mielógena crónica	Imatinib Mesylate (Gleevec)
Linfoma cutáneo de células T	Bexarotene (Targretin)
Cáncer epitelial ovárico	Altretamine (Hexalen)
Tumores estromales gastrointestinales	Imatinib Mesylate (Gleevec)
Mielomas múltiples	Thalidomide (Thalomid)
Cáncer pulmonar de células no pequeñas	Gefitinib (Iressa)
	Erlotinib HCl (Tarceva)
Agentes profilácticos para reducir la cistitis hemorrágica inducida por la isfosfamida	Mesna (Mesnex)
Cáncer de mama	Hormonal therapy

Conforme a la Ley pro Reducción del Papeleo [Paperwork Reduction Act] de 1995, no se exige que nadie responda a un conjunto de información a menos que éste exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido correspondiente a este conjunto es el 0938-0924 (fecha de vencimiento: 31 dic. 2004). El tiempo que requiere completar este conjunto de información se calcula en un promedio de 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar datos que se necesitan y completar y revisar el conjunto de información. Si tiene observaciones referentes a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

---

## PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

---

Si sus ingresos anuales son inferiores al 150% del nivel de pobreza establecido por el gobierno Federal y usted tiene otros recursos económicos cuyo valor es menos de \$10,000 para un particular (\$20,000 para una pareja), tal vez pueda recibir asistencia económica en virtud de este Programa Piloto.

Hay 5 categorías de beneficios distintas en este Programa Piloto. Hay 1 nivel de beneficios estándar y, para quienes tienen ingresos y recursos económicos limitados, hay 4 niveles de beneficios subvencionados que corresponden a distintos niveles de ingresos. Cada categoría de beneficios tiene una fórmula distinta para compartir costos conforme se muestra en la Tabla 1. La Tabla 2 muestra la categoría de beneficios para la que es elegible, lo que dependerá de sus ingresos anuales y recursos económicos.

Si recibe asistencia proveniente del programa Medicaid de su estado para pagar las primas de la Parte B de Medicare o gastos directos de su bolsillo, puede que sea elegible para recibir cobertura según el Nivel de Beneficios 3.

A fin de que podamos determinar si cualifica para acogerse a alguno de estos niveles de beneficios realizados, le rogamos proporcionarnos la información sobre sus ingresos anuales y demás recursos económicos solicitada en este formulario. Su firma al pie del formulario atestiguará que la información es cierta y exacta conforme a su más certero conocimiento.

**Si usted no cree que es elegible para recibir asistencia por bajos ingresos o no desea completar ese formulario, seguirá siendo elegible para inscribirse en este Programa Piloto y recibir el avío de beneficios estándar.** Sencillamente complete la solicitud de inscripción regular y envíela a la dirección que se indica.

Para pedir más información, llame al 1-866-563-5386 (TTY: 1-866-563-5387).

**TABLA 1: PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS**

Categorías de beneficios

	Nivel de beneficios 1 ( <i>estándar</i> )	Nivel de beneficios 2 <sup>2</sup>	Nivel de beneficios 3	Nivel de beneficio 4	Nivel de beneficio 5
Deducible anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2005: \$250</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2005: \$50</li> </ul>	\$0	\$0	\$0
<b>Después del deducible anual, usted pagará esta cantidad por cada receta hasta que llegue al límite de gastos directos de su bolsillo<sup>1</sup></b>	<p>En el 2005:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un coseguro del 25% hasta que haya pagado \$500 en gastos directos de su bolsillo adicionales y luego,,</li> <li>100% de todos los costos hasta que llegue al límite de gastos directos de su bolsillo de \$3,600 (es decir, los próximos \$2,850 en gastos directos de su bolsillo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1Un coseguro de 15%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un copago fijo de \$2 por medicamentos genéricos o preferidos de distintas marcas o \$5 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un copago fijo de \$1 por medicamentos genéricos o preferidos de distintas marcas o \$3 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<p>Usted no paga nada.</p>
<b>Una vez que haya pagado un total de \$3,600 (\$1,200 en el 2004) en gastos directos de su bolsillo, pagará esta cantidad por cada receta.</b>	<p>Lo que sea mayor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 5% ó</li> <li>Un copago fijo de \$2 por medicamentos genéricos o preferidos de distintas marcas o \$5 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<p>Usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un copago fijo de \$2 por medicamentos genéricos o preferidos de distintas marcas o \$5 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

<sup>1</sup> Para el Nivel de Beneficios 2, los gastos directos de su bolsillo sufragados por Medicare y por el beneficiario SÍ cuentan hacia el límite catastrófico de \$3,600 (\$1,200 en 2004).

<sup>2</sup> Los importes pagados por otros seguros, excepto importes pagados por un programa de asistencia farmacéutica de un Estado o por ciertas organizaciones caritativas NO cuentan hacia el límite de gastos directos de su bolsillo.

**TABLA 2: ¿ES ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA ECONÓMICA?**

<p><b>Total de recursos económicos</b> →</p> <p>↓ <b>Y sus ingresos son:</b></p>	<p><b>Menos de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,000 para un particular</li> <li>o</li> <li>• \$9,000 para una pareja</li> </ul>	<p><b>Entre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,000 y \$10,000 para un particular</li> <li>o</li> <li>• \$9,000 y \$20,000 para una pareja</li> </ul>	<p><b>Más de</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10,000 para un particular</li> <li>o</li> <li>• \$20,000 para una pareja</li> </ul>
<p><b>Menos del 100% del nivel federal de pobreza (FPL por sus siglas en inglés) y usted es elegible para todos los beneficios de ambos Medicare y Medicaid (1) (2).</b></p>	<p>Nivel de Beneficios 4</p>	<p>Nivel de Beneficios 4</p>	<p>Benefit Level 4</p>
<p><b>100% o más del FPL y usted es elegible para todos los beneficios de Medicare y Medicaid (1) (2).</b></p>	<p>Nivel de Beneficios 3</p>	<p>Nivel de Beneficios 3</p>	<p>Nivel de Beneficios 3</p>
<p><b>Menos del 135% del FPL y usted no es elegible para todos los beneficios de ambos Medicare y Medicaid (1) (2).</b></p>	<p>Nivel de Beneficios 3</p>	<p>Nivel de Beneficios 2</p>	<p>Nivel de Beneficios 1</p>
<p><b>135% o más del FPL pero menos del 150% del FPL y usted no es elegible para todos los beneficios de ambos Medicare y Medicaid (1) (2).</b></p>	<p>Nivel de Beneficios 2</p>	<p>Nivel de Beneficios 2</p>	<p>Nivel de Beneficios 1</p>
<p><b>150% o más del FPL y usted no es elegible para todos los beneficios de ambos Medicare y Medicaid (1) (2).</b></p>	<p>Nivel de Beneficios 1</p>	<p>Nivel de Beneficios 1</p>	<p>Nivel de Beneficios 1</p>

**Notas:**

- (1) Los beneficiarios elegibles para todos los beneficios de ambos, Medicare y Medicaid que estén internados serán cubiertos por el Nivel de Beneficios 5 (consultar la Tabla 2).
- (2) La mayoría de los beneficiarios elegibles para todos los beneficios de ambos, Medicare y Medicaid recibirán un beneficio integral para medicamentos mediante el programa Medicaid. Sólo aquellos beneficiarios que aún no cuentan con un beneficio integral para medicamentos mediante su programa Medicaid serán elegibles para participar en este Programa Piloto.

**PARÁMETROS DEL NIVEL DE POBREZA ESTABLECIDO POR EL GOBIERNO FEDERAL 2005**

	100% del FPL		135% del FPL		150% del FPL	
	Particular	Pareja	Particular	Pareja	Particular	Pareja
<p><b>48 estados contiguos</b></p>	<p>\$9,570</p>	<p>\$12,830</p>	<p>\$12,919</p>	<p>\$17,320</p>	<p>\$14,355</p>	<p>\$19,245</p>
<p><b>Alaska</b></p>	<p>\$11,950</p>	<p>\$16,030</p>	<p>\$16,133</p>	<p>\$21,641</p>	<p>\$17,925</p>	<p>\$24,045</p>
<p><b>Hawaii</b></p>	<p>\$11,010</p>	<p>\$14,760</p>	<p>\$14,864</p>	<p>\$19,926</p>	<p>\$16,515</p>	<p>\$22,140</p>

# PROGRAMA PILOTO DE MEDICARE PARA REEMPLAZO DE MEDICAMENTOS TESTIMONIO DE INGRESOS Y RECURSOS ECONÓMICOS

La determinación de elegibilidad para participar en este Programa Piloto sigue los parámetros de ingresos y recursos económicos establecidos por la Administración del Seguro Social. Al divulgar la información sobre ingresos y recursos, algunos podrían ser excluidos. Para obtener una lista completa de lo que se debe incluir y excluir, sírvase remitirse a los parámetros adjuntos o consúltelo en el siguiente sitio de Internet:

<http://www.ssa.gov/oact/ssir/ssi03/exclusions.html> o comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad.

## SECCIÓN I: Identificación del beneficiario

Nombre	Inicial	Apellido	No. de Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Estado civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a	

Si es casado/a, sírvase indicar la siguiente información sobre su cónyuge:

Nombre del cónyuge	Inicial	Apellido	No. de Seguro Social
--------------------	---------	----------	----------------------

¿Se trata de una residencia particular o de una institución, como un asilo de ancianos?

- Residencia particular                       Asilo de ancianos  
 Otro (sírvase describirlo) \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II: Ingresos anuales *(Si es casado/a, incluir sus propios ingresos al igual que los de su cónyuge.)*

1. ¿A cuánto ascienden sus ingresos devengados/ganados anuales? →

Incluya sueldos provenientes de empleos remunerados.

2. ¿A cuánto ascienden sus ingresos no devengados anuales? →

Incluya ingresos provenientes de fuentes tales como el Seguro Social, retiro ferroviario y demás prestaciones en beneficios de pensión, jubilación, beneficios de veterano, pagos de fideicomisos o rentas (renta vitalicia), intereses, ingresos de alquileres, dividendos, regalías, etc.

---

**SECCIÓN III: RECURSOS** *(Si es casado/a, incluir sus propios recursos al igual que los de su cónyuge.)*

1. ¿Usted o su cónyuge son dueños o copropietarios de: cuentas de ahorros, cuentas corrientes, bonos del gobierno, fondos fiduciarios, bonos de ahorro, acciones o bonos, certificados de depósito, cuentas de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés), pólizas de seguro de vida, vehículos recreativos, etc.?  Sí  No

Si responde “Sí”, ¿a cuánto asciende el valor en efectivo de estos artículos?

2. ¿Usted o su cónyuge son dueños o dueños parciales de algún inmueble **en el cual NO viven**?  Sí  No

Si responde “Sí”, ¿a cuánto asciende el valor de ese inmueble tras excluir préstamos pendientes?



3. ¿Usted o su cónyuge son dueños o copropietarios de más de 1 vehículo para transportarse?  Sí  No

Si responde “Sí”, ¿a cuánto asciende el valor en efectivo de estos vehículos tras excluir préstamos pendientes?



---

**LEER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE Y FIRMAR AL PIE.**

**SU SOLICITUD NO ESTARÁ COMPLETA SI NO SE FIRMA ESTE FORMULARIO.**

**Divulgación de información:** Al solicitar inscripción en este Programa Piloto, permito a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) dar información a toda organización que administre este beneficio en mi nombre. Asimismo, entiendo que independientemente de que se me seleccione o no para participar en este Programa Piloto, organizaciones que obran en nombre de los CMS se podrán comunicar conmigo para evaluar este Programa Piloto.

**Análisis de elegibilidad:** Entiendo que mi solicitud no garantiza la cobertura del Programa Piloto y que, si se me selecciona para participar en este Programa Piloto, la cobertura podría limitarse a las cláusulas y condiciones del mismo.

Entiendo que mi solicitud se tomará en consideración independientemente de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o convicción política. Accedo a proporcionar todo documento necesario para confirmar la exactitud e integridad de la información que aparece en esta solicitud. Si los documentos no estuviesen a mi disposición, accedo a dar el nombre de la persona u organización que podrá proporcionar y divulgar esta información necesaria.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y que entiendo la información que aparece en este formulario de inscripción. (Si usted no puede firmar, un representante podrá firmar por usted.) La ley Federal estipula multas o encarcelamiento, o ambos, para la persona que retenga o dé información falsa para obtener asistencia a la cual no es acreedora.

Entiendo las preguntas en esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en este formulario es correcta y completa conforme a mi más certero conocimiento.

Firma del/de la beneficiario/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

O

Firma de la persona que completa este formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Devolver el formulario completado a: Medicare Replacement Drug Demonstration  
c/o TrailBlazer Health Enterprises, L.L.C.  
P.O. Box 5136  
Timonium, MD 21094  
O  
por fax al: 410-683-2933**

---

Conforme a la Ley pro Reducción del Papeleo [Paperwork Reduction Act] de 1995, no se exige que nadie responda a un conjunto de información a menos que éste exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido correspondiente a este conjunto es el 0938-0924 (fecha de vencimiento: 31 dic. 2004). El tiempo que requiere completar este conjunto de información se calcula en un promedio de 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar datos que se necesitan y completar y revisar el conjunto de información. Si tiene observaciones referentes a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

---

# EXCLUSIONES DE INGRESOS Y RECURSOS

---

## 1. Ingresos devengados excluidos

- Todo reembolso de impuestos Federales sobre la renta recibida de acuerdo a la Sección 32 del Código de Recaudación Interna del IRS (relacionado con el **crédito impositivo por ingresos devengados**) y todo pago recibido de acuerdo a la Sección 3507 del Código de Recaudación Interna (relacionado con el pago por adelantado del crédito impositivo por ingresos devengados);
- Todo crédito impositivo infantil reembolsable (que irá aumentando gradualmente, del importe actual de \$600 por cada niño a \$1,000 por cada niño en 2010);
- Un máximo de \$10 de ingresos devengados en un mes si son infrecuentes o irregulares; o sea, si se reciben sólo una vez en un trimestre calendario provenientes de una única fuente o si razonablemente no se hubiese esperado recibirlos. (Si el importe total de los ingresos infrecuentes o irregulares excede \$10, no se podrá usar esta exclusión);
- Un máximo de \$1,340 por mes pero no más de \$5,410 en un año calendario que reciba un niño ciego o discapacitado estudiante que asiste regularmente a la escuela;
- Toda porción de la exclusión mensual de \$20 por ingresos no devengados que no se haya usado;
- \$65 de ingresos devengados en un mes;
- Importes usados para pagar **gastos laborales relacionados con incapacidades** si el beneficiario está discapacitado (pero no ciego) y es menor de 65 años de edad o está discapacitado (pero no ciego) y recibe Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI por sus siglas en inglés) (o pagos por discapacidad en virtud de un antiguo plan del Estado) antes de cumplir 65 años<sup>3</sup>;
- La mitad del resto de ingresos devengados en un mes;
- Ingresos devengados usados para saldar cualquier gasto que se atribuya razonablemente al efecto de devengar los ingresos si el beneficiario es ciego y menor de 65 años o si recibe SSI por ser ciego antes de cumplir 65 años<sup>1</sup>;
- Todo ingreso recibido y usado para llevar a cabo un **plan que permita la automanutención** si la persona en cuestión es ciega o incapacitada y tiene menos de 65 años o si es ciega o incapacitada y ha recibido por ese motivo, los beneficios de SSI el mes anterior a cumplir 65 años<sup>1</sup>;
- Todo ingreso devengado depositado o bien en una **Cuenta de asistencia provisional a familias necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)** o en una **Cuenta de desarrollo individual (IDA por sus siglas en inglés)**; de la Ley de Bienes para Independizarse [*Assets for Independence Act*]; y
- Algunas leyes Federales – aparte de la Ley de Seguridad Social – disponen la exclusión de ingresos devengados para fines de SSI. En su mayoría, los ingresos recibidos en virtud de estas leyes se relacionan con asistencia recibida como beneficios en alimentos, vivienda, electricidad, agua, formación educativa y empleo o beneficios derivados de ser integrante de una tribu de americanos oriundos. El Apéndice a la Subparte K 20 del Código de Regulaciones Federales 416 (CFR por sus siglas en inglés) contiene una lista completa de las leyes que excluyen ingresos devengados en virtud de SSI.

## 2. Ingresos no devengados excluidos

- Todo reembolso de impuestos proveniente de una dependencia pública por concepto de bienes raíces o alimentos.
- **Asistencia basada en necesidad** que es sufragada en su totalidad por un Estado o una de sus subdivisiones políticas. Incluye suplementos de Estados a beneficios de SSI Federales, pero no incluye pagos en virtud de un programa de subvención Federal/Estadual tal como las TANF;

<sup>1</sup> Los importes usados para pagar gastos laborales relacionados con incapacidades se restan antes de la mitad de la deducción de ingresos devengados, mientras que importes usados para pagar los gastos laborales de ciegos se restan después de la deducción de ingresos devengados. En efecto, los importes de gastos laborales de ciegos reducen los ingresos de SSI el doble que los mismos importes por gastos laborales relacionados con incapacidades.

- 
- Toda porción de una subvención, beca regular o beca de investigación usada para pagar costos de estudios, matrículas o demás gastos educativos necesarios. No se cuentan porciones apartadas para alimentación, ropa o vivienda.
  - Alimentos cultivados por un **núcleo familiar** si los consume ese núcleo familiar;
  - Asistencia recibida en virtud de la Ley de Auxilio en Catástrofes y Asistencia en Emergencias [*Disaster Relief and Emergency Assistance Act*], y asistencia proporcionada en virtud de algún estatuto Federal por una catástrofe que el Presidente de los EE.UU. declare que es de gran magnitud;
  - Un máximo de \$20 de ingresos no devengados en un mes si son infrecuentes o irregulares; es decir, si se recibe un tipo de ingresos no devengados provenientes de una única fuente o si razonablemente no se hubiese esperado recibirlos, y sólo una vez durante un trimestre calendario;
  - Todo ingreso devengado, recibido y usado para cumplir con un plan aprobado a fin de lograr autosuficiencia si el beneficiario es ciego o discapacitado y menor de 65 años o es ciego o discapacitado y recibía SSI por ser ciego o discapacitado el mes antes de cumplir 65 años;
  - Pagos periódicos efectuados por un Estado en virtud de un programa establecido antes del 1° de julio de 1973 que se base exclusivamente en la antigüedad de residencia del beneficiario o en haber cumplido 65 años;
  - Pagos por proporcionar atención de crianza a una criatura inelegible que colocara en el hogar del beneficiario una agencia de colocación o atención infantil o bien pública o privada sin fines de lucro;
  - Todo interés devengado de **fondos fúnebres** excluidos y toda apreciación del valor de arreglos fúnebres excluidos que se deja acumular y se vuelve parte del fondo fúnebre que se identifica por separado;
  - Cierta asistencia de apoyo y manutención que se proporciona en forma de **asistencia por energía doméstica**;
  - Un tercio de los pagos por manutención que efectúa un padre ausente si el beneficiario es una criatura;
  - Los primeros \$20 de ingresos no devengados en un mes aparte del valor de ingresos y manutención en especie recibidos en un núcleo familiar ajeno e ingresos basados en necesidad;
  - El valor de toda asistencia pagada respecto de una vivienda en virtud de la Ley de Vivienda de los EE.UU. promulgada en 1937 [*United States Housing Act of 1937*], Ley Nacional de Vivienda [*National Housing Act*], Sección 101 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Urbano de 1965 [*Housing and Urban Development Act of 1965*], Título V de la Ley de Vivienda de 1949 [*Housing Act of 1949*], o la Sección 202(h) de la Ley de Vivienda de 1959 [*Housing Act of 1959*];
  - Todo interés acumulado o acumulándose como parte del valor de un contrato de compraventa de espacio de entierro excluido (posterior al 1° de abril de 1990);
  - El valor de cualquier boleto de transporte para que el beneficiario o su cónyuge viaje entre los 50 Estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas Septentrionales, que se reciba de regalo y no se canjee en efectivo;
  - Pagos recibidos provenientes de un fondo establecido por un Estado para auxiliar a víctimas de la delincuencia;
  - Asistencia por reubicación concedida por un Estado o gobierno local comparable con asistencia concedida en virtud del Título II de la Ley Uniforme de Asistencia por Reubicación y Políticas de Adquisición de Bienes Raíces de 1970 [*Uniform Relocation Assistance and Real Property Acquisition Policies Act of 1970*];
  - Paga por exponerse en combate recibida de una de las fuerzas armadas en uniforme conforme al volumen 37 del Código de los EE.UU. pág. 310 [*37 U.S.C. 310*] y demás paga adicional que reciba personal militar en una zona de combate;
  - Intereses y demás ganancias derivadas de una **cuenta exclusiva (*dedicated account*)** que se excluya de los recursos;
  - Regalos en especie que no se hayan canjeado en efectivo y los primeros \$2,000 de regalos en efectivo realizados por organizaciones exentas de impuestos tales como la fundación *Make-A-Gift* a particulares menores de 18 años que padecen de afecciones graves o en su beneficio;

- Pagos efectuados en virtud de la Ley Ricky Ray del Fondo de Ayuda a Hemofílicos de 1998 [*Ricky Ray Hemophilia Relief Fund Act of 1998*];
- Fondos TANF a disposición de beneficiarios de SSI como parte de una Cuenta de Desarrollo Individual (IDA por sus siglas en inglés);
- Depósitos (consignaciones) que haga un particular participante u organización patrocinadora sin fines de lucro o el gobierno de un Estado o municipalidad a una cuenta IDA conforme a un proyecto piloto en virtud de la Ley de Bienes para Independizarse [*Assets for Independence Act*] y los intereses que devenguen esos depósitos (consignaciones); y
- Ingresos no devengados que se excluyen al amparo de otras leyes federales. Consultar el Apéndice a la Subparte K 20 del Código de Regulaciones Federales 416 (CFR por sus siglas en inglés).

### 3. Recursos excluidos

- La casa (lo que incluye el terreno que le corresponde);
- Efectos domésticos y personales en la magnitud que su valor total no exceda de \$2,000;
- Se podrá excluir por completo un automóvil si: (1) se necesita para trabajar; (2) se necesita para recibir tratamiento médico por un problema médico específico o habitual; (3) se ha modificado para que lo opere un particular minusválido o para transportarlo; o (4) se necesita para realizar actividades cotidianas esenciales. Si el automóvil no se adhiere a ninguno de los requisitos anteriores, se podrá excluir en la magnitud que su valor actual en el mercado no exceda de \$4,500;
- Bienes de un comercio o negocio que son esenciales para los medios de autosuficiencia;
- Bienes de índole no comercial que son esenciales para los medios de autosuficiencia;
- Recursos pertenecientes a ciegos o discapacitados que son necesarios a fin de cumplir con un plan aprobado para lograr autosuficiencia;
- Acciones en empresas regionales o aldeanas cuyos tenedores son nativos oriundos de Alaska durante el plazo de 20 años en que las acciones no se pueden enajenar conforme a la Ley de Adjudicación de Reclamaciones de Nativos Oriundos de Alaska [*Alaska Native Claims Settlement Act*];
- Seguros de vida propiedad de un particular (y su cónyuge si lo hubiese) siempre que el valor nominal de todos los seguros de vida a nombre de una persona no exceda de \$1,500;
- Tierras restringidas repartidas a indígenas americanos.
- Asistencia de auxilio por catástrofes;
- Espacios para enterrar y ciertos fondos por un máximo de \$1,500 para gastos de entierro;
- Pagos retroactivos conforme al Título XVI o al Título II (por los 6 meses tras recibirlos);
- Asistencia por vivienda;
- Reembolsos de impuestos Federales sobre la renta y anticipos provenientes de un patrón por un crédito impositivo por ingresos devengados (por el mes tras recibirlos);
- Crédito impositivo infantil reembolsable (\$600 por cada niño en el año actual, que irá aumentando gradualmente hasta \$1,000 por cada niño en el 2010) en el mes que se reciba y el mes siguiente;
- Pagos recibidos en compensación por gastos desembolsados o pérdidas sufridas como resultado de un delito (por 9 meses);
- Cantidades depositadas ya sea en un TANF o IDA ("*Assets for Independence Act*"), incluidos los fondos de equiparación y el interés ganado.
- Cuentas exclusivas [*dedicated accounts*] en instituciones financieras para niños discapacitados;
- Regalos en especie que no se hayan canjeado en efectivo y los primeros \$2,000 anuales de regalos en efectivo realizados por organizaciones exentas de impuestos tales como la fundación *Make-A-Gift* a particulares menores de 18 años que padecen de afecciones graves o en su beneficio;

- 
- Pagos efectuados en virtud de la Ley Ricky Ray del Fondo de Ayuda a Hemofílicos de 1998 [*Ricky Ray Hemophilia Relief Fund Act of 1998*];
  - Depósitos (consignaciones) o bien en una cuenta TANF o en una cuenta IDA auspiciada por la Ley de Bienes para Independizarse [*Assets for Independence Act*], incluidos los fondos equivalentes aportados y los intereses que devenguen esos importes;
  - Ciertos **fideicomisos** (por ejemplo, los establecidos en testamentos o ciertos fideicomisos de Medicaid que le reintegrarían al Estado – al fallecer el beneficiario – los costos de la asistencia médica que le proporcionara a ese particular); y
  - Pagos o beneficios proporcionados en virtud de un estatuto Federal aparte del Título XVI de la Ley de Seguridad Social si dicho estatuto dispone exclusión.